

記入例

	常務理事	事務長	担当
決裁			

### 健康保険 資格確認書(再)交付申請書

申請日 令和〇年〇月〇日

被保険者情報	記号・番号	記号 〇	番号 〇〇〇	生年月日 昭平・令 〇年〇月〇日	性別 男・女
	氏名	フリガナ 健保 太郎			
	郵便番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	電話番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	住所	東京 都 道 〇〇市〇〇町〇-〇-〇〇 府 県			

対象者欄	対象者	3	対象者を、1~3の中から必ず選択してください。		
	被保険者	フリガナ 健保 太郎	生年月日 昭平・令 〇年〇月〇日	性別 男・女	申請理由 1 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 健保 花子	生年月日 昭平・令 〇年〇月〇日	性別 男・女	4 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者②		生年月日 昭平・令 年 月 日	性別 男・女	8 下記、理由欄より必ず選択ください

必ず、資格確認書が必要な対象者の情報を記入してください。

該当する申請理由を理由欄1~8の中で選択してください。空欄の場合は返戻させていただきます。

理由欄	<ul style="list-style-type: none"><li>1 : マイナンバーカードを紛失したため</li><li>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</li><li>3 : マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため</li><li>4 : マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため</li><li>5 : マイナンバーカードを作っていないため</li><li>6 : マイナンバーカードを返納したため</li><li>7 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため</li><li>8 : 資格確認書を滅失・き損したため</li></ul>
-----	--

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日印

◎資格確認書には有効期限があります。マイナ保険証を使い、より良い医療を受けましょう!  
※マイナ保険証による受診が困難である等の特段の事情もなく、念のため資格確認書を持っておきたいという申請理由で

交付することはできません。